FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 № 6

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Roger CONRADY

né à Basse-Yutz (Moselle) le 16 Août 1909.

Contribution à l'étude des sténoses sous-vatériennes congénitales du duodénum chez le nourrisson

Président: M. REEB, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 № 6

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Roger CONRADY

né à Basse-Yutz (Moselle) le 16 Août 1909.

Contribution à l'étude des sténoses sous-vatériennes congénitales du duodénum chez le nourrisson

Président: M. REEB, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen . . . . . MM. FORSTER ✻ ✪ I.
Assesseur . . . . . SCHAEFFER ✪ I.

Professeurs

Embryologie.	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✻ ✪ I.
Physique biologique.	VLÈS ✻ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX O. ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique . . .	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie. . . .	OBERLING ✻ ✪ A.
Médecine légale	SIMONIN ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique. . .	REDSLOB ✻ ✪ I.
Clinique dermatologique . . .	PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ I.
Clinique infantile.	ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✻ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	VAUCHER ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✻ ✪ I. MM. GERY ✪ I.
BELLOCQ ✻ ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BENOIT ✪ A.	MM. KELLER ✪ I.
FONTAINE ✪ A.	KREIS ✪ A.
GELMA ✻ ✪ I.	REISS
GUNSETT O. ✻ ✪ I.	THIVOLLE ✪ A.
HANNS O. ✻ ✪ I.	WAITZ
HUMBERT ✻ ✪ A.	WEISS A. ✻ ✪ A.
KAYSER ✪ A.	WOLF ✻ ✪ A.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Agrégé libre: M. SIMON ✻ ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY O. ✻ ✪ A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM. M. MEYER ✪ I. ROEDERER ✪ I.

Professeurs honoraires :

MM. CHAVIGNY C. ✻ ✪ I. WEILL ✻ ✪ I.
STOLZ ✻ ✪ I.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548002_0037

A mon Maître et président de thèse

le Professeur M. REEB

Professeur de Clinique gynécologique et accouchements

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui exprimons notre attachement et toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur A. Weiss,

Professeur Agrégé

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa composition.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueux dévouement et de toute notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a témoigné pendant le cours de nos études.

A MES MAITRES DU JURY.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG.

A MES CHERS PARENTS

Témoignage de profonde admiration, d'estime et de tendre amour filial.

A MES CHERS GRANDS-PARENTS

Auxquels j'adresse ici toute ma reconnaissance avec une émotion infinie.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

Dont l'amour et la bonté encouragèrent et soutinrent nos travaux communs.

A MA CHERE FILLE

Avec toute ma tendre affection.

A MES CHERS BEAUX-PARENTS

Cette thèse me procure l'occasion de leur exprimer toute ma profonde reconnaissance pour leur tendre sollicitude qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant nos études.

A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-FRERES

Faible témoignage de ma profonde amitié.

MEIS ET AMICIS.

Contribution à l'étude des sténoses sous-vatériennes congénitales du duodénum chez le nourrisson

I.

INTRODUCTION.

Les occlusions de l'intestin et en particulier du duodenum dues à des malformations congénitales sont actuellement bien connues. Divers travaux d'ensemble, en particulier ceux de Harris, Duval et Gatelier, Pehu et Auberge et de notre maître Monsieur le Professeur Weiss ont réuni un certain nombre d'observations suivies de constatations opératoires. Mais la plupart de ces cas étaient observés chez des adultes.

Au contraire, les cas de sténose duodénale congénitale, observés chez le nourrisson, sont assez rares dans la littérature pour qu'il nous ait paru intéressant d'y consacrer notre thèse.

Le cas princeps de ce travail nous est fourni par l'observation d'un nourrisson âgé de 8 mois, présentant une sténose duodénale due à une compression de la troisième partie du duodénum par la racine du mésentère.

La littérature n'abonde pas en de pareils cas. Cependant nous avons pu en retrouver un certain nombre que nous avons rapporté.

Après les avoir exposés, nous en ferons l'étude clinique et nous conclurons sur les résultats que permet d'obtenir un traitement approprié.

II.

OBSERVATIONS.

N° 1: Cas inédit.

N° 2: Cas de Veau et Hallez.

N° 3: Cas de Downes.

N° 4: Cas de Dubose.

N° 5: Cas de Frank.

N° 6: Cas de Barret et Florand.

OBSERVATION N° 1.

W... Yvette est née le 15 février 1929 de parents sains et bien portants. Elle est venue au monde à terme et pesait 2 kg. 500. L'accouchement s'est passé normalement.

C'est vers le quinzième jour que l'enfant commence à vomir, le lait rendu est coloré en jaune et vert. Mais comme ces vomissements cessent et ne réapparaissent que de temps en temps, ses parents ne s'en inquiètent pas outre mesure; cependant vers la fin du sixième mois les vomissements reprennent avec plus d'intensité et ne cèdent à aucun changement de régime. L'état général, qui s'est maintenu voisin de la normale, commence à décliner. Le 24 octobre 1929, la mère effrayée par l'aspect squelettique que prend brusquement son enfant, vient à la clinique infantile.

Examen: Enfant bien constitué, bien nourri, mais abdomen excavé, peau très deshydratée; regard fixe; enfant assoupi.

Poumons et cœur normaux.

Abdomen: La palpation révèle des scybales dans la fosse iliaque droite. A certains moments il semble y avoir du péristaltisme dans la région

péri-ombilicale. Le toucher rectal ramène une selle bien formée, mais ne révèle aucune particularité.

Ponction lombaire: albumine et cellules normales.

L'enfant est transféré au service de chirurgie pour y être mis en observation.

A son arrivée à la Clinique chirurgicale B, l'enfant a un ventre souple. On voit de temps en temps une contraction localisée de la paroi et du péristaltisme apparent à travers la paroi. Les téguments sont très mous et deshydratés. On juge une intervention d'urgence inoportune et on met l'enfant en observation.

Au courant de la journée du 26, l'enfant ne vomit pas et boit 200 grs de lait sans trouble apparent.

Le lendemain on administre un lavement glycériné, qui ramène des selles très dures.

Le 28, nouvelles selles. L'enfant semble bien portant durant ces trois jours, ne crie pas et a un abdomen souple tout à fait indolore. Le 29, l'enfant quitte la clinique, pour être retransmis à la Clinique infantile.

Examen radiologique: Estomac: Immense avec poche à air très volumineuse.

Quatre heures après l'ingestion de la bouillie barytée, l'évacuation ne semble pas encore amorcée. L'estomac se continue sans transition avec le pylore et le duodénum. Le tout ne semble former qu'une seule et vaste cavité.

Neuf heures après l'estomac vient de se vider.

Après 21 heures le colon est rempli.

Après un mois, l'enfant est renvoyé en chirurgie, parce qu'il continue à vomir et qu'il décline. Il est opéré le jour même par M. le Prof. Weiss. L'opération montre une compression de la troisième portion du duodénum par la racine du mésentère. La première et la deuxième portion du duodénum étaient considérablement dilatées et leur volume était sensiblement le même que celui de l'estomac. On pratiqua une duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique.

Les suites opératoires sont très bonnes. L'enfant ne vomit plus et ne semble pas souffrir. Cinq jours après l'opération la température est revenue à la normale. L'enfant se porte bien.

Le dixième jour l'enfant est renvoyé à la Clinique infantile pour qu'on y continue le traitement diététique et médical approprié.

Actuellement cet enfant, que nous avons pu retrouver, est dans un état de santé parfaite.

Les digestions se font sans aucun trouble et l'enfant ne ressent aucune gêne, même après les repas les plus copieux.

Ajoutons qu'au point de vue intellectuel cet enfant, âgé actuellement de 10 ans, a des dispositions de premier ordre.

OBSERVATION N° 2.

L'enfant B... Louis est né à terme le 12 septembre 1926, pesant 3 kg. 600; l'accouchement s'est effectué normalement, bien que la mère soit une

primipare de 35 ans. La grossesse avait été normale; on ne relève rien d'intéressant dans les antécédents maternels.

Evacuation de méconium quelques heures après la naissance. On ne signale rien de pathologique jusqu'au vingtième jour. Le poids de naissance a été repris le treizième jour; on note seulement que le nouveau-né tète lentement, mais il ne vomit pas. Les selles sont un peu muco-grumeleuses, mais colorées en jaune.

Le 2 octobre l'enfant a vingt jours et pèse 3 kg. 800. A cette datte apparaissent brusquement les premiers vomissements; ils se répètent à chaque tétée, sont importants, explosifs, sans effort et le lait à peine caillé est souvent coloré fortement en jaune. La répétition des vomissements est telle que la sage-femme conseille la diète hydrique; après accalmie de 24 heures, on reprend l'allaitement maternel. De suite, des vomissements réapparaissent, le lait est coloré en jaune et quelquefois en vert émeraude. L'état de l'enfant s'aggrave rapidement; il tète très difficilement.

Le 7 octobre, à 25 jours, il ne pèse plus que 3 kg. 320 (perte de 480 grs en cinq jours). La mère n'a presque plus de lait. Le traitement institué à ce moment consiste en de petits repas pris toutes les deux heures avec de l'eau presque glacée additionnée de quantités prudemment progressives de lait condensé sucré, des lavements chauds, la teinture de belladone et des injections quotidiennes de 20 cm^3 de plasma marin.

L'enfant vomit moins souvent et en plus petites quantités; le lait rejeté est quelquefois coloré en jaune, mais pas en vert. Néanmoins, la coloration

du liquide vomi fait songer dès le premier examen à la possibilité d'une sténose sous-vatérienne du duodénum, plus vraisemblablement qu'à une sténose du pylore.

Examen radiologique du 8 octobre 1926. Technique employée:

Examen à 16 heures dans les conditions suivantes:

1) Prise quatre heures auparavant d'un biberon rendu opaque par l'incorporation de gélobarine au lait.

2) Absorption sous le contrôle de l'écran, d'un autre biberon.

3) Etude du fonctionnement gastrique et de la traversée digestive en position debout et en position couchée.

4) Prise d'une radiographie en position couchée pour préciser l'état de la région pyloro-duodénale.

Conclusions. — Troubles dans le péristaltisme et dans l'évacuation gastrique provoqués par une gêne au niveau de la troisième portion du duodénum.

Stase duodénale prononcée en amont de la gêne au niveau de laquelle le transit se fait à débit très faible.

Détails de l'examen. — La tétée prise quatre heures avant l'examen se trouve encore en partie dans l'estomac et dans les deux premières portions du duodénum. Le tiers environ de cette tétée en franchit le pylore et le duodénum et se trouve dans l'intestin grêle. Il y a donc une stase appréciable non seulement dans l'estomac, mais aussi dans les

deux premières portions du duodénum qui présente une dilatation très marquée.

Une bouillie opaque prise sous le contrôle de l'écran, en position debout, effectue sans difficulté la traversée œsophagienne et remplit normalement la cavité gastrique en s'ajoutant au résidu de la tétée précédente. L'estomac apparaît de forme et de dimension normales. Son péristaltisme survient assez rapidement; il est plus vif et plus énergique que normalement, mais le pylore libre est perméable. Le contenu gastrique passe facilement dans la première moitié du duodénum, mais s'y arrête et revient même de temps en temps dans l'estomac. Il ne progresse que très difficilement sous l'effet d'une augmentation de pression due à des ondes péristaltiques violentes; le calibre de la troisième portion du duodénum apparaît très réduit. Cette réduction de calibre persiste pendant toute la durée de l'examen et ne paraît pas due à un simple spasme.

Le 14 octobre, l'enfant dont le poids est de 3 k. 540, est soumis à un nouvel examen approfondi et on se décide de continuer momentanément le traitement médical, puisque les vomissements sont plus rares, moins abondants, et que le malade a repris 220 grs en sept jours.

Le 18 octobre dans la soirée, le petit malade, âgé de cinq semaines, est ramené d'urgence à la clinique, parce que les vomissements, continuels depuis 24 heures, sont nettement bilieux et qu'il a perdu de poids. Il ne pèse plus que 3 kg. 310.

Pouls petit et rapide, température 36°8. On admet le petit malade pour intervenir chirurgi-

calement. Anesthésie générale au chloroforme; incision paramédiane; l'estomac apparaît très dilaté comme dans une sténose pylorique.

Il est extériorisé, et on note qu'il est remarquablement flasque, à l'inverse de ce que l'on observe habituellement dans la sténose hypertrophique du pylore. Le coton transverse est rabattu en haut, extériorisé avec le colon ascendant, le cæcum et l'appendice. En regardant au-dessous de lui on aperçoit une anse dilatée, ayant le même volume que le colon: on s'assure que cette anse est bien le duodénum fixé dans la profondeur, impossible à déplacer.

En cherchant à voir au delà, on tombe sur une bride très résistante, qui n'est autre chose que le mésentère normalement immobile et dur, et on a l'impression que le duodénum est coincé entre la colonne vertébrale formant plan résistant et le mésentère agent comprimant. Pour apercevoir le segment intestinal correspondant à la bride et à la portion en aval il fallait pouvoir mobiliser le duodénum et l'abaisser. On arrive à rompre le muscle de Treitz, au moyen d'une petite incision transversale de 1 cm, sur le péritoine et sur le bord supérieur de la portion distendue du duodénum, puis avec une sonde cannelée, on rompt quelques attaches profondes assez facilement, qui permettent d'abaisser le segment répondant à l'angle duodéno-jéjunal.

Ceci fait, il s'agissait de vérifier si l'obstacle était levé.

Une éviscération presque complète permet de rabattre les anses intestinales à droite. A gauche du mésentère, apparaît le segment rétréci corres-

pondant au siège de la bride; les anses en aval sont réduites au volume d'un petit crayon, mais l'étranglement s'efface spontanément et le passage des matières est libre.

Les viscères sont rentrés avec quelques difficultés, puis, la paroi abdominale est refermée. L'opération a consisté essentiellement dans la libération du muscle de Treitz, qui maintenait l'anse duodéno-jéjunale en situation anormalement élevée et, sans qu'il soit possible de l'affirmer, étranglée dans le défilé ostéo-mésentérique, formé par le rachis en arrière et le mésentère anormalement tendu en avant.

Suites opératoires normales, après une élévation éphémère de la température à 39 degrés, le lendemain de l'intervention. Lavements chauds, enveloppements sinapisés, huile camphrée et sérum glucosé, réalimentation progressive au lait d'ânesse d'abord, puis au lait condensé.

Les vomissements deviennent beaucoup plus rares et ne sont plus bilieux; l'enfant augmente de poids assez régulièrement et la mère emmène le petit malade le 28 octobre en bon état de nutrition. Poids: 3 kg. 700.

Un nouvel examen radiologique montre une disparition complète de la stase duodénale constatée avant l'opération.

La progression de la bouillie opaque se fait lentement, mais régulièrement. Le point antérieurement sténosé est franchi sans difficulté, mais à un débit relativement faible.

Le 9 décembre, l'enfant pèse 4 kg. 300. A cette date les vomissements ont réapparu brusquement.

Ils deviennent plus importants et sont parfois bilieux.

Le 11 décembre apparaissent des selles glaireuses, sans matières, la fièvre atteint 40°, l'abdomen est météorisé; il y a bientôt arrêt des selles et des gaz.

Le 13 décembre dans la soirée, l'enfant présente tous les signes d'une occlusion intestinale, le pouls est incomptable, les extrémités sont froides, des convulsions apparaissent, l'estomac est nettement dilaté, et, sous la paroi abdominale, on aperçoit des mouvements péristaltiques énergiques. Les vomissements sont fécaloïdes.

Il meurt dans la nuit sans avoir pu être opéré.

On se rend compte le lendemain que l'occlusion est due à une bride de nouvelle formation. Une anse longue de 5 cm s'est insinuée entre celle-ci et la paroi postérieure de l'abdomen: elle s'y est étranglée. La bride est absolument filiforme; ce n'est pas une ficelle, c'est un fil de moins de 1/2 millimètre de diamètre, mais d'une dureté fibreuse. Elle s'insère en arrière exactement au niveau de l'incision de 1 centimètre faite au péritoine pour abaisser l'angle duodéno-jéjunal. Elle est longue de 4 cm et s'insère sur le grêle, au niveau de l'attache mésentérique, sur le segment de l'intestin, à environ 40 centimètres de l'origine du jéjunum. Ce n'est pas l'insertion de l'anse qui a fait l'occlusion, c'est la hernie du grêle derrière la bride.

OBSERVATION N° 3.

Enfant de 4 ans 1/2. Depuis sa naissance, l'enfant est mal portant et présente des crises sur-

venant tous les deux mois. Ces crises sont caractérisées par des douleurs épigastriques avec vomissements et éructations. Sensations nauséeuses persistantes. A l'examen, on note des mouvements péristaltiques dans la région gastro-duodénale. En même temps, on peut déceler du clapotage au niveau d'une saillie, véritable tumeur duodénale. La radiologie confirme ces données et montre un duodénum dilaté. Les lavages d'estomac montrent la présence de bile.

Intervention. — On trouve un estomac d'aspect normal contrastant avec un duodénum volumineux. Cette augmentation énorme de calibre s'arrête brusquement au niveau du pédicule mésentérique qui tire en corde sur le duodénum, troisième portion. On fait une gastro-entérostomie postérieure, et l'on achève l'opération par une exclusion du pylore à la soie, afin d'empêcher le reflux duodéno-gastrique.

Les suites opératoires commencent à être bonnes lorsque, au huitième jour, tous les symptômes reparaissent.

On réintervient alors et l'on pratique la section du pylore.

Après l'intervention, nausées interrompues. Algidité. Phénomènes de shock grave. En même temps, on note l'apparition d'une voussure tympanique de la région sus-ombilicale traduisant la dilatation considérable du duodénum. Lavages d'estomac. La situation, extrêmement critique, s'améliore peu à peu et l'auteur annonce une guérison sans préciser davantage.

OBSERVATION N° 4.

Enfant de 8 semaines. A commencé à vomir un liquide jaune dès le troisième jour de la vie. Perte de poids de 2 livres en deux mois. Facies mongolien. Les vomissements se produisent à intervalles irrégulières, ils contiennent du lait mélangé de bile. Ballonnement abdominal.

L'examen radiographique, après ingestion de bouillie barytée, montre un estomac rempli, un pylore étroit, un énorme duodénum ovoïde et un peu de baryum dans les intestins.

Intervention. — En ouvrant l'abdomen, on constate que le duodénum est de dimensions énormes, dilaté et flasque. Il n'y a ni diverticule, ni constriction, ni bride adhérente, ni coudure du duodénum, mais le jéjunum est affaissé au-dessous de son origine mésentérique, paraissant aplati par les anses intestinales au-dessous du point d'occlusion. Gastro-entérostomie postérieure avec suture du pylore. L'opération a duré 35 minutes. Suites opératoires simples.

L'enfant est revu 3 mois 1/2 après l'opération, il va bien, pèse 11 livres 3/4, il a gagné 6 livres 3/4.

L'auteur pense que, dans ce cas, il s'agissait d'une véritable occlusion artério-mésentérique de l'angle duodéno-jéjunal d'origine congénitale de quelque anomalie anatomique produisant soit une compression par l'artère mésentérique supérieure, soit une anomalie de structure du mésentère avec, comme résultat, une coudure au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Le mégaduodénum était la conséquence de ce fait.

OBSERVATION N° 5.

Enfant du sexe féminin, 11 mois. Depuis l'âge de 4 mois, vomissements bilieux. Leur quantité dépasse en abondance celle des liquides ingérés. On note des contractions péristaltiques de la région épigastrique. Voussure et appréciation par la palpation d'une véritable tumeur gastro-duodénale.

Intervention. — L'estomac et le duodénum en amont du mésentère sont considérablement dilatés. Duodéno-jéjunostomie.

Suites simples.

Revue après un an et demi. Excellent état de développement.

OBSERVATION N° 6.

Premier enfant né à terme.

Adressé à M. Barret pour examen radioscopique, avec le diagnostic de sténose du pylore, l'enfant ayant des vomissements et de la constipation depuis sa naissance remontant à quinze jours.

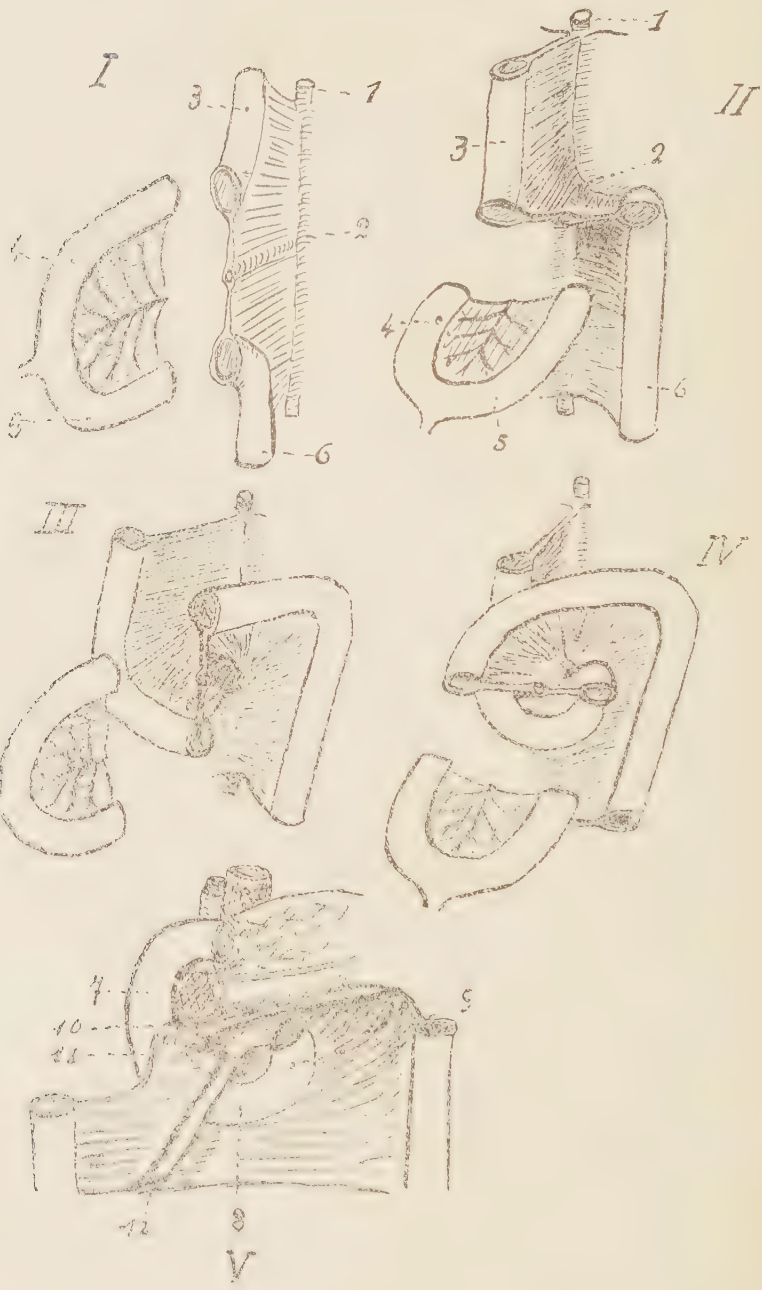
L'examen radioscopique permet de constater une évacultion pylorique normale, une distension considérable du duodénum et un rétrécissement au niveau de la région duodéno-jéjunale, qui malgré les fortes contractions du duodénum ne laissait passer la bouillie barytée que lentement et par un conduit filiforme.

L'intervention chirurgicale n'est décidée que sept jours après, l'état général de l'enfant s'altérant chaque jour davantage.

Une bride péritonéale fut rompue siégeant au niveau même indiqué par la radiographie.

Mort le soir de l'intervention.

Développemnnt du Duodénum Torlion de l'anse intestinale
(d'après Frédet)



I. Stade primitif: l'anse vitelline est sagittale avant la torsion.

II. Disposition de l'anse intestinale après torsion de 90°.

III. Deuxième stade: torsion de 180°.

IV. Troisième stade: torsion de 270°. La rotation est terminée.

V. Disposition définitive: Croisement du duodénum et du pancréas par les racines du méso-colon transverse et du mésentère, une fois les accolements effectués (d'après Grégoire).

1 Aorte,

2 Artère mésentérique supérieure,

3 Duodénum,

4 Branche descendante de l'anse (futur intestin grêle),

5 Branche ascendante de l'anse (futur gros intestin),

6 Intestin terminal,

7 D_2,

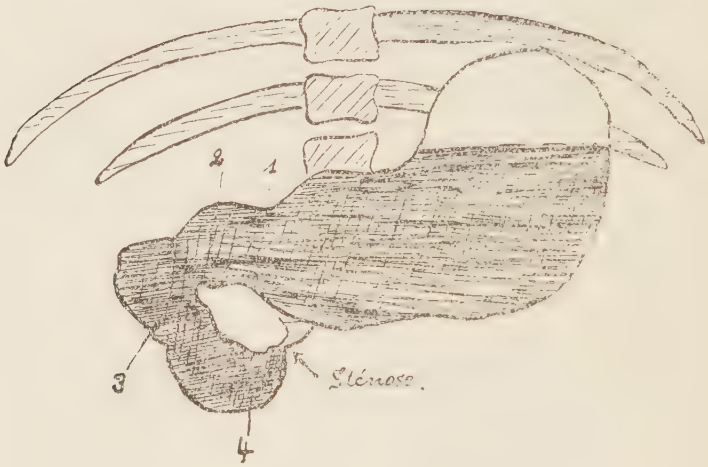
8 D_3,

9 D_4,

10 et 11 Accolement du mésogastre postérieur et de la racine du mésocolon transverse,

12 Racine du mésentère.

Image radiologique observée au cours d'une sténose duodénale.



1. Pylore largement béant en permanence et incontinent;

2. première portion du duodénum, prolongeant l'estomac directement;

3. deuxième portion du duodénum;

4. angle duodénal inférieur.

Les sténoses duodénales du nourrisson.

Il existe deux variétés bien distinctes de malformations de l'intestin et du duodénum en particulier: d'une part les atrésies, et d'autre part les rétrécissements par compression mécanique.

Alors que les atrésies entraînent la mort dans les premiers jours de la vie (1), les sténoses, assez larges pour que l'alimentation soit quelque peu possible permettent au médecin une intervention utile. Suivant le degré de la sténose les symptômes varient d'intensité et apparaissent d'une façon plus ou moins précoce. Tantôt c'est dans les premières semaines ou dans les premiers mois que les parents font appel au médecin; parfois ce n'est que dans la seconde enfance, qu'ils sont amenés à consulter et les accidents se sont cependant manifestés dès les premiers mois de la vie. C'est ainsi, comme l'ont montré Duval et Gatellier, qu'un certain nombre de sténoses du duodénum, observées chez l'adulte, peuvent être rapportées à une origine congénitale.

(1) Le seul cas où la guérison put être obtenue est celui de Ernst de Copenhague. *Zentralbl. f. Chirurg.* 1916: atrésie de la portion initiale de l'angle duodéno-jéjunal. Duodéno-jéjunostomie antérieure antécolique. L'enfant fut un peu éprouvé par l'opération et l'anesthésie qui durèrent une heure et quart. Suites opératoires assez bonnes. Reprise progressive du poids à partir du cinquième jour. A 10 mois enfant vigoureux, bien développé.

ETIOLOGIE. — Un premier fait étiologique mérite d'être mis en évidence; c'est que les sténoses du duodénum compatibles avec une survie de quelques semaines, de plusieurs mois ou de plusieurs années, paraissent toujours être des sténoses sous-vatériennes; du moins n'avons-nous pas trouvé des cas de sténoses sus-vatérienne du nourrisson. Le point rétréci siège presque toujours au niveau du passage des vaisseaux mésentériques sur la troisième portion du duodénum.

ETUDE CLINIQUE. — Les accidents peuvent débuter dès les premiers jours de la vie et c'est le cas le plus fréquent, ou bien apparaître plus tardivement. Les vomissements sont bilieux, jaunâtres ou verdâtres, mélangés ou non à des grumeaux de lait; peuvent survenir immédiatement après la tétée ou précéder au contraire la tétée suivante. Le caractère bilieux du contenu gastrique peut être mis en évidence après lavage d'estomac, par la réaction de Grimbert. Ces vomissements persistent avec des améliorations et des aggravations temporaires, quel que soit l'aliment ingéré. Tantôt quotidiens, sans rémission nette, ils surviennent dans d'autres cas au contraire, par crises intermittentes, durant plusieurs jours, sont séparés par des intervalles de une à deux semaines, de deux ou trois mois. La phase de rémission à laquelle il est permis d'assister, et la plupart du temps trompeuse et de courte durée; qu'elle se maintienne toutefois pendant 24 heures, les déjections deviennent normales, et le poids augmente. Quand les vomissements se produisent immédiatement après

la tétée, et deviennent incœrcibles, le pronostic devient très grave: c'est la mort à brève échéance.

Les selles sont presque toujours anormales en qualité et fréquence. La constipation peut être continue ou intermittente.

L'examen physique permet de constater assez fréquemment un météorisme localisé à la région sus-ombilicale et parfois une véritable tumeur gastro-duodénale; il n'est pas rare de noter du péristaltisme gastrique dont les ondes se dirigent de gauche à droite.

Tels sont les signes principaux que la Clinique met en évidence; ils réalisent, en somme, un véritable syndrôme pylorique (vomissements répétés, tuméfaction gastrique avec contractions péristaltiques, témoignant d'un obstacle); ils s'en différencient par le caractère bilieux des vomissements indiquant le siège sous-vatérien de l'obstruction.

L'état général est précaire, l'amaigrissement varie avec le degré de la sténose.

La RADIOSCOPIE. — Elle fournit un appoint considérable au diagnostic. Elle montre une très forte dilatation duodénale.

Pierre Duval affirme que l'on peut, grâce à la radioscopie, faire non seulement le diagnostic de sténose duodénale et préciser son siège, mais encore différencier les sténoses organiques des occlusions mécaniques; dans les premières la position du malade, la pression de la main ne modifient pas l'image radioscopique; dans les secondes

au contraire, ces manœuvres tendraient à soulager le pédicule mésentérique et suffiraient à faire cesser l'occlusion; on verrait alors la bouillie barytée passer dans le jéjunum. Pourquoi, dès lors, ne pas appliquer aux nourrissons ces données radiologiques qui nous sont tellement utiles chez l'enfant et chez l'adulte?

Heigel a démontré récemment, avec la confirmation de l'autopsie, que les sténoses du duodénum pouvaient donner des images trompeuses d'estomac en sablier. L'estomac biloculaire cependant est une rareté chez les nourrissons.

PRONOSTIC. — Quoique très grave encore, il est loin d'être aussi sombre que dans les cas d'atrésies des nouveaux-nés.

Les nourrissons même très jeunes sont justiciables de l'intervention.

Sur 6 interventions 4 succès opératoires complets permettent d'espérer que le traitement chirurgical a dorénavant les plus grandes chances de succès.

Diagnostic des sténoses duodénales du nourrisson.

De l'étude clinique qui précède, il résulte que, pratiquement, les sténoses duodénales du nourrisson sont toujours sous-vatériennes, et que leur *signe capital est le vomissement bilieux*, continu ou intermittent; ces vomissements peuvent apparaître dès la naissance ou au contraire ne se manifester que quelques jours ou quelques semaines après.

Les sténoses sous-vatériennes du duodénum doivent donc prendre place parmi les affections digestives avec prédominance des vomissements. Ces affections digestives de la première enfance ont été d'une façon parfaite classées, sur des bases cliniques, par Marfan, et c'est en suivant cette classification que nous pourrons tracer un tableau clair, tout en nous limitant dans le champ du diagnostic différentiel.

Deux affections, infiniment plus fréquentes que les sténoses sous-vatériennes, se partagent la presque totalité des «vomisseurs», ce sont le *rétrécissement congénital du pylore*, et le *syndrome des vomissements habituels*.

Le *syndrome des vomissements habituels* débute parfois dès les premières semaines, généralement au cours du troisième mois, presque jamais après les huitième et neuvième mois. Il se caractérise essentiellement par des vomissements répétés survenant un certain temps après la tétée; ce sont des vomissements de lait déjà coagulé, auquel s'ajoute plus tard du mucus. Les matières vomies peuvent avoir une teinte jaunâtre, souvent due à la présence de bile. Les accidents évoluent d'une façon intermittente; tantôt avec des alternatives de calme relatif; tantôt les vomissements sont incœrcibles. Dans la forme commune, des évacuations alvines normales alternent avec des selles muco-grumeleuses. Dans la forme spasmodique qui correspond à la «maladie spasmodique de Lesage», on note des périodes de constipation, pendant lesquelles le vomissement incœrcible, explosif, peut contenir quelques filaments noirâtres et témoignent ainsi d'un suintement sanguin de la muqueuse gastrique; en même temps il existe une agitation nerveuse, une hypertonie des muscles, tous signes qui ont valu à cette forme l'épithète de maladie spasmodique.

L'affection évolue pendant plusieurs mois, s'accompagne d'hypothrepsie; correctement et médicalement traitée, elle peut guérir.

L'examen radioscopique montre que le spasme de l'estomac est total et constant, tandis que celui du pylore est inconstant et irrégulier. L'écran révèle parfois l'aspect d'une fausse bilocution par spasme.

L'aérophagie souvent notée chez les vomisseurs ne doit pas être considérée comme la cause

essentielle du syndrome émétisant; elle n'a qu'une action tout à fait secondaire.

Le *rétrécissement congénital du pylore.* — Due à l'hypertrophie congénitale des couches musculaires du pylore, cette affection est beaucoup plus rare que la maladie des vomissements habituels. Les vomissements qui en constituent le syndrome principal n'apparaissent généralement que quelque temps après la naissance, du dixième au trentième jour; ils sont incessants et explosifs, se reproduisent après chaque repas; les hématémèses sont rares et transitoires. Jamais on ne trouve de bile dans les matières vomies; le seul fait d'y constater la présence de celle-ci exclut le diagnostic de rétrécissement pylorique; il faut s'assurer par la réaction de Gmelin que cette teinte (jaune) est bien due au pigment biliaire; elle pourrait être due à la présence d'un peu de sang.

En dehors des vomissements dans le rétrécissement pylorique la constipation paraît constante et devient un symptôme de grande valeur. D'autres signes plus rarement constatés, partant moins importants, viennent confirmer le diagnostic: voussure sus-ombilicale, mouvements péristaltiques, tumeur pylorique, stase alimentaire décelée par le tubage de l'estomac.

Mais c'est encore et surtout la radioscopie qui aidera le plus au diagnostic. Elle montre, en effet, après ingestion d'une bouillie opaque, des contractions péristaltiques anormales, un retard notable de l'évacuation de la bouillie dans le duodénum, dans un dixième des cas de la dilatation gastrique,

Abandonné à lui-même le rétrécissement congénital du pylore aboutit presque toujours à la mort par l'athrepsie.

C'est donc avant tout avec ces deux affections maladies «des vomissements habituels» et «rétrécissement congénital du pylore» que le diagnostic des sténoses sous-vatériennes se posera.

Chez des petits malades aussi fragiles, ce qui importe surtout, c'est de savoir si une intervention chirurgicale s'impose ou peut être différée. Etablissons le traitement des vomissements habituels: diététique raisonée, médication anti-émétique. Si cette thérapeutique appliquée, la dénutrition progresse, posons nettement la question de l'intervention chirurgicale, elle seule pourra fixer d'une façon certaine le siège, la cause de l'obstacle et amener la guérison.

Traitement.

Lorsque les parents ont été amenés à consulter précocement, les accidents sont moins immédiatement graves que plus tard et la *thérapeutique médicale* peut être mise en œuvre pendant un certain temps pour fixer le diagnostic et aussi dans l'espoir d'amener la rétrocession des accidents. Il peut, en effet, exister des sténoses assez lâches pour permettre une nutrition relativement satisfaisante et laisser au médecin le choix du moment opportun à l'intervention. On mettra donc en œuvre un traitement médical qui consistera essentiellement en une diététique raisonnée où le lait de femme tient la place principale, en une médication antiémétique (belladone et bromure), en lavages d'estomac lorsque les vomissements résistent à la thérapeutique précédente. Si l'âge de l'enfant le permet, on introduira dans l'alimentation des bouillies maltosées ou des bouillies ordinaires, des bouillies épaisses, on pourra même essayer le régime sec préconisé par Gallois. En cas de crises aiguës d'occlusion duodénale, le grand lavage d'estomac, la position genu-pectorale (efficace lorsqu'il s'agit d'une constriction par corde mésentérique) seront mis en œuvre en attendant le traitement chirurgical.

En somme on procédera par tâtonnements, en se souvenant toutefois qu'il faut alimenter l'enfant malgré les vomissements pour éviter l'inanition.

Le traitement médical devra être mis en œuvre deux semaines environ, mais si au bout de ce temps les vomissements persistent, si la chute du poids continue, si la disparition du pannicule adipeux montre que l'enfant s'achemine vers l'hypothrepsie prononcée, il faut sans plus attendre recourir à l'*intervention chirurgicale* alors que l'enfant est encore capable de la supporter.

Certes, elle est grave chez le nourrisson. Mais elle ne doit pas effrayer au point de refuser leur plus grande chance de salut à ces petits malades, car il ne faut pas trop compter sur la facilité admirable d'adaptation du tube digestif qui a permis à des sténoses peu serrées d'assurer une nutrition suffisante pour aboutir au développement de sujets que l'on retrouve adultes porteurs de ces lésions.

L'*intervention:* Suivant la nature de l'obstacle les interventions diverses ont été pratiquées:

Section des brides quand celles-ci sont seulement péritonéales.

Gastro-entérostomie avec exclusion du pylore — ou duodéno-jéjunostomie, quand la compression est due au pédicule mésentérique.

Nous estimons que cette dernière intervention est la plus rationnelle étant donné qu'elle permet l'évacuation complète du duodénum. La radioscopie prouve que ce dernier reprend progressivement un calibre normal tandis que le contenu duodénal passe directement par l'anastomose.

Avant d'être appliquée aux nourrissons, la duodéno-jéjunostomie était l'intervention que pra-

tiquait Duval dans les cas de sténose chronique du duodénum chez l'adulte.

Les résultats obtenus plaident en sa faveur, car sur 32 cas on a pu noter 27 très bons résultats éloignés.

2 améliorations sensibles, définitives;

2 améliorations transitoires avec reprise ultérieure des troubles;

1 mort post-opératoire dans un très mauvais cas.

Quand nous comparons ces résultats avec ceux obtenus par la gastro-entérostomie avec ou sans exclusion du pylore, nous trouvons sur 16 cas:

8 guérisons prolongées;

5 mauvais résultats;

3 morts peu après l'intervention.

Ces deux statistiques montrent d'une façon assez probante la valeur de la duodéno-jéjunostomie qui semble être réellement l'opération de choix pour les sténoses sous-vatériennes du duodénum.

CONCLUSION:

1) Les sténoses sous-vatériennes du duodénum peuvent se rencontrer chez l'adulte et chez l'enfant.

Chez l'adulte elles tiennent en général à une disposition congénitale, aggravée par un processus pathologique nouveau (péritonite plastique, adénopathies, ptoses).

Chez l'enfant elles sont surtout congénitales et résultent en général d'une compression de la troisième portion du duodénum par le pédicule mésentérique.

Plus rarement la sténose est due à une véritable atrésie du duodénum.

2) Dans notre thèse nous avons rapporté un cas de sténose duodénale par le pédicule mésentérique observé chez un enfant de 8 mois.

3) La guérison de cette affection ne peut être obtenue que par une intervention chirurgicale qui doit être la duodéno-jéjunostomie, de préférence à la gastro-entérostomie.

Vu, le Président de thèse:
M. Reeb.

Vu, le Doyen:
A. Forster.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université
A. Terracher.

BIBLIOGRAPHIE.

AUBRY, BARJON et PEHU. — Sténose duodénale; diagnostic radioscopique; confirmation opératoire. (*Soc. Nat. de Méd. et de Sc. Méd.*, 11 janvier 1922; *Lyon médical*, 25 mai 1922).

BARRET et CHAUFFOURD. — Les signes radiologiques de la sténose et du spasme du pylore chez l'adulte et chez le nourrisson. (*Presse médicale*, 18 oct. 1922).

BEAURAIN. — Considérations anatomo-cliniques sur l'occlusion aiguë du duodénum par l'artère mésentérique supérieure. (Thèse de Médecine de Paris, 1908).

BOSCH et SCHINZE. — Die Kongenitale Duodenalstenose im Röntgenbild. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 159, p. 284, 1920).

CAUTLEY E. — Duodenal Stenosis. (*The Brit. Journ. of Child Diseases*, XVI, p. 63, 1919).

DOWNES W. A. — Giant duodenum. (*Annals of Surgery*, vol. XLVI, p. 436, octobre 1917).

DUBOSE F. G. — Megaduodenum. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, p. 278, septembre 1919).

DUVAL P. et GATELLIER J. — Les sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum par malformation congénitale du péritoine. (*Arch. des Mal. de l'app. digestif et de la Nutrition*, t. II, n° 3, p. 145, 1921).

ERNST N. P. — Atresia infra papillaris duodeni congenital. (*Zentralbl. f. Chirur.*, n° 28, p. 573, 1916).

FABER K. G. — Ueber die angeborenen Stenosen am Magenausgang und Duodenum im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderh.*, Bd. 93, p. 98, 1920).

FLORAND J. — Sténoses et Atrésie du duodénum dans la première enfance. (Thèse de Médecine de Paris, 1924).

FRANK E. S. — Ueber Arterie mesenteriales Verschluss des Duodenum im Kindesalter. (*Zeitschr. f. Kinderheil.*, Bd. 9, H. 2, 1913.)

KERMANNER. — Sur l'occlusion congénitale du duodénum. (*Virschov's Arch.* 1912, Band CC, fasc. 3.)

KOTZAREFF. — Volvulus intestinal; malformations du péritoine; anomalies des artères mésentériques. (*B. et M. Soc. de Chir. de Paris*, p. 557, 1920.)

KUMMER. — Examen radiologique du rétrécissement duodéno-jéjunal. (*B. et M. de la Soc. de Chir. Paris*, p. 1164, 1920.)

MAGENDIE et MALAPLATE. — Sténose congénitale intrinsèque chez un nourrisson. (*Soc. de Méd. infant. de Bordeaux*, p. 185, décembre 1935.)

MAGENDIE et L. POUYANNE. — Sténose duodénale du nourrisson par bride congénitale. (*Bordeaux Chirurgical*, p. 187, n° 3, 1934.)

MARFAN. — Affections des voies digestives. (Paris, 1923.)

NOBECOURT P. — Précis de Médecine des Enfants. (p. 211, Paris, 1922.)

PEHU et AUBERGE. — Les rétrécissements congénitaux duodénaux observés chez l'enfant. (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1924, n° 6 et 7.)

SIRONI L. — Delle stenesi ed atresie intestinale congenite. (*Rivista di clinica pediatrica*, février 1922.)

STOLTE K. — Klinische und anatomische Betrachtungen bei einem Kinde mit kongenitaler Darmstenose. (*Monatsschr. f. Kinderheilk.*, Bd. 12, n° 6, Originalien 1913.)

VARIOT G. et CAILLIAU. — Mégaduodénum congénital avec rétrécissement allongé de la 3e et 4e portion du duodénum chez un nourrisson. (*B. et M. Soc. des Hôpitaux de Paris*, N° 3, p. 158, 1922.)

VEAU et HALLEZ G. L. — Sur un cas de sténose du duodénum chez le nourrisson. (*Le Nourrisson*, p. 244, 1927.)

WEILL E. et PEHU M. — L'occlusion aiguë chez un nouveau-né par vice de conformation congénital de l'intestin grêle. (*Presse Médicale*, 17 août, 1901.)

WEISS A. — La duodéno-jéjunostomie appliquée à trente quatre cas de sténose chronique sous-vatérienne du duodénum. Résultats éloignés de l'intervention. (*Archives des Maladies de l'app. digest. et des Maladies de la Nutrition*, t. XV, n° 4, p. 318, avril 1925.)